**Bijlage 1: Acties binnen het Programma «Aanpak verspilling in de zorg» (juni 2016)**

| Thema | Actie | Resultaat | Betrokkenen |
|---|---|---|---|
| Minder medicijnen voor-schrijven | Aanpassen van de verpakkings-grootte | Een werkgroep heeft een financiële en kwantitatieve analyse uitgevoerd en geconcludeerd dat het aanpassen van verpakkingsgrootte op nationaal niveau financieel niet rendabel is. Vanuit het programma heeft overleg met het CBG plaatsgevonden over het in lijn brengen van de verpakkingsgrootte met de benodigde medische dosering van (nieuwe) geneesmiddelen. Hieruit kwam naar voren dat CBG eerder initiatief heeft genomen om de verpakkingsgrootte aan te passen van oncolytica. Alle meldingen die bij het meldpunt zijn binnengekomen over de verpakkinggrootte van specifieke geneesmiddelen zijn aan het CBG doorgegeven. Het CBG heeft een analyse gemaakt van de meldingen. Op basis hiervan wordt met partijen gesproken over mismatches tussen de benodigde dosering en de verpakkingsgrootte met als doel de verpakkingsgrootte aan te passen. | BOGIN, KNMP, IGZ, Nefarma, NVZA, CBG. |
| | Prescriptie-regeling | Met veldpartijen zijn uniforme afspraken rondom de eerste uitgifte en uitgifte in de laatste levensfase opgesteld, voor zowel goedkope als dure geneesmiddelen. Door deze regeling blijven minder geneesmiddelen ongebruikt en blijven minder grote verpakkingen bij de patiënt over.<br>De prescriptieafspraken luiden:<br>De volgende geharmoniseerde afspraken worden gemaakt voor de geneesmiddelen die niet gefinancierd worden vanuit het ziekenhuisbudget:<br>1. Bij nieuw voorgeschreven geneesmiddelen wordt de 15 dagen eerste aflevering gehanteerd dan wel de kleinste afleververpakking.<br>2. Bij geneesmiddelen boven de 1000€ per maand wordt na de 1 ste uitgifte maximaal 1 maand afgeleverd gedurende de instelperiode (eerste 6 maanden).<br>3. Bij chronisch gebruik van dure geneesmiddelen door goed ingestelde patiënten wordt voor maximaal 3 maanden afgeleverd. Voor sommige geneesmiddelen voor chronisch gebruik kunnen uitzonderingen gemaakt worden.<br>4. Bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase) is maatwerk nodig per patiënt door overleg tussen professionals, zoals huisarts, wijkverpleegkundigen en apothekers(assistenten). Aflevering | KNMP, FMS, LHV, NHG, ZN, VPTZ, NVZA, V&VN, NPCF, SFK. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | maximaal per 15 dagen wordt gehanteerd, tenzij specifieke afspraken zijn gemaakt in het overleg tussen zorgverleners zoals hierboven genoemd.<br>Vanuit het programma zijn gesprekken gevoerd met relevante zorgpartijen zodat zij gaan handelen naar de regeling. We gaan er vanuit dat deze afspraken voor de zomer 2016 door de partijen zijn ondertekend. Monitoring van de naleving gebeurt op basis van cijfers van het SFK. | |
| | Gebruik thuis-medicatie in het ziekenhuis<br><br>**pilot** | Op 1 januari 2016 is de pilot thuismedicatie gestart in het Radboud UMC. Patiënten gebruiken geneesmiddelen van thuis door tijdens een ziekenhuisopname. In totaal nemen negen ziekenhuizen deel aan de pilot. Deze pilot is gericht op brede implementatie in alle typen ziekenhuizen en bij verschillende patiëntgroepen. Resultaten komen volgend jaar beschikbaar. | Radboud UMC, Zuyderland Ziekenhuis (locatie Sittard), Medisch Spectrum Twente, UMC Utrecht, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Erasmus MC, Groene Hart Ziekenhuis, St. Maartenskliniek, Antonius Ziekenhuis, NvPF, NVZA, LHV, V&VN, KNMP, KNMG, NVZ, NFU, FMS, IGZ, NPCF, ZN, Nefarma, Bogin. |
| | Medicijnen laatste levensfase<br><br>**pilot** | Samen met een aantal apothekers is bekeken wat zij nodig hebben om zorg op maat in de laatste levensfase te leveren. Hierbij gaat het onder andere om de hoeveelheid geneesmiddelen die wordt voorgeschreven en afgeleverd, en welke middelen nog worden gebruikt. In juni 2016 is de pilot Farmabuddy, naar voorbeeld van apotheek Stevenshof in Leiden en Flevowijk in Kampen, gestart met 16 deelnemende apotheken verspreid over Nederland. Deze pilot moet inzichtelijk maken hoeveel verspilling kan worden tegengegaan. Eind 2016 komen de eerste resultaten beschikbaar. In 2017 start, bij positieve resultaten, een tweede tranche van 16 apotheken om het Farmabuddy concept te implementeren | Apotheek Stevenshof en zestien andere apotheken, KNMP. |
| Minder medicijnen weggooien | Heruitgifte medicijnen | Een stakeholderanalyse is uitgevoerd. Relevante partijen staan niet onwelwillend tegenover heruitgifte. Juridisch is het opnieuw uitgeven van een ongebruikt geneesmiddel niet verboden, zo blijkt uit de Geneesmiddelenwet. Europese wetgeving rondom het tegengaan van vervalsingen belemmert heruitgifte niet, maar bemoeilijkt het wel. Medio 2016 komen de resultaten beschikbaar van een pilot met orale oncolytica waarbij onderzocht wordt hoeveel geneesmiddelen ongebruikt worden teruggebracht naar de apotheek. Ook zal inzichtelijk worden voor welke | St. Maartenskliniek, NVZA, KNMP, MSD, IGZ, CBG. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | middelen heruitgifte financieel rendabel is. Een maand therapie kost bij 70 procent van de gebruikte geneesmiddelen 2 euro of minder per patiënt per maand. De kosten van een chip/handeling apotheker bij terugnemen van het middel vallen dan hoger uit dan wat het oplevert. Heruitgifte is alleen financieel rendabel in specifieke gevallen (dure geneesmiddelen). Daarnaast heeft onderzoek naar de bewaarcondities van een geneesmiddel d.m.v. een chip laten zien dat de bewaarcondities sterk fluctueren en in de meeste gevallen het geneesmiddel niet correct bewaard wordt. Hierdoor is de kwaliteit en de veiligheid van het product niet te garanderen. De beste manier om verspilling van geneesmiddelen tegen te gaan is zorgen dat niet meer medicijnen dan nodig worden voorgeschreven. | |
| | Apotheek als verzamelpunt | Een inventarisatie van inzamelingswijzen heeft een lijst met verschillende mogelijkheden van inzameling opgeleverd. De best practices die hieruit volgen worden allemaal gekenmerkt door goede afspraken tussen gemeenten en apothekers over de onderlinge taakverdeling. De VNG heeft eind 2015 de gemeenten gewezen op het belang van goede lokale afspraken over laagdrempelige inzameling van ongebruikte geneesmiddelen. Over dit onderwerp zijn betrokken partijen met elkaar in gesprek. | KNMP, VNG, branchevereniging afvalverwerkers, I&M. |
| Hulp-middelen | Omruilen mobiliteits-hulpmiddelen | Een handreiking inkoop hulpmiddelen is ontwikkeld en sinds oktober 2014 beschikbaar. Deze geeft informatie over een doelmatiger inkoop en organisatie van Wmo hulpmiddelen door gemeenten. In de handreiking is speciale aandacht voor het voorkomen van verspilling, zowel bij verhuizing van een cliënt van de ene gemeente naar de andere als bij het aangaan van een contract door de gemeente met een nieuwe hulpmiddelen leverancier en ook bij verhuizing van de thuissituatie naar een verpleeghuis. Ook voor het overstappen naar een andere zorgverzekeraar zijn er afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars om de gebruiker het hulpmiddel te laten behouden. | Firevaned, VNG, ZN. |
| | Hergebruik van mobiliteits-hulpmiddelen | Een inventarisatie is uitgevoerd naar praktijkervaringen. De onder gebruikers levende vragen – met de antwoorden daarop – zijn gebundeld en worden voortaan als informatiebulletin bij elke aflevering van een hulpmiddel aan de nieuwe gebruiker aangeboden en besproken. Bestaande gebruikers krijgen het informatiebulletin bij een reparatie- of onderhoudsbeurt aangereikt. Daarnaast worden hulpmiddelen die niet meer gebruikt worden opgehaald door de leverancier en gerecycled. | Firevaned, VNG, NPCF, ZN. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Navraag bij gebruikers van de informatiefolder leert dat hergebruik van mobiliteitshulpmiddelen verder is toegenomen. | |
| Regeldruk | Terugdringen registratielasten in de langdurige zorg | In de langdurige zorg is binnen het programma Aanpak verspilling veel aandacht gegeven aan verdere vermindering van overbodige registratielasten. Na een eerste inventarisatie in 2015 is het rapport «Terugdringen registratielasten in de langdurige zorg» gepubliceerd op meerdere websites en aan de Kamer gestuurd. In de praktijk wordt meer dan nodig geregistreerd, omdat het voor zorgaanbieders vaak onduidelijk is wat men nu wel en niet verplicht moet registreren. Vilans heeft een overzicht gemaakt van wettelijke verplichte registratielasten in de langdurige intramurale zorg, verpleging en verzorging. Uit dit overzicht blijkt dat een aantal registraties, dat dagelijks door zorgverleners wordt ingevuld, niet verplicht is volgens de wet en desgewenst kan worden afgeschaft. Als concreet instrument om dat in de praktijk mogelijk te maken heeft Vilans een toolkit ontwikkeld: «Minder papier, meer tijd voor zorg». Met deze handleiding kunnen zorgteams onnodige registraties in kaart brengen en zelf aan de slag gaan met het opruimen daarvan. De eerste toolkit is 8 februari jl. door de Staatssecretaris uitgereikt. Via de aanpak administratieve lasten in de Wlz wordt de toolkit verder onder de aandacht gebracht. | Werkgroep registratielasten (Vilans, V&VN, CNV, FNV Zorg en Welzijn). |
| | | Monitoring registratielasten; op het kennisplein 'Zorg voor Beter' worden professionals gevraagd aan te geven hoeveel tijd ze kwijt zijn met registraties. Met deze gegevens (en andere bronnen) willen we meten of de doelstelling van jaarlijks 10% minder administratieve lasten behaald kan worden. Dit wordt uitgewerkt in de brief over de brede aanpak van administratieve lasten. | Zorgprofessionals. |
| Informele zorg | Samenwerking mantelzorgers, vrijwilligers en professional | Als onderdeel van de Toekomstagenda voor informele zorg en ondersteuning heeft een werkgroep van veldpartijen samen met VWS aanbevelingen geformuleerd op welke wijze partijen bij de zorginkoop rekening kunnen houden met de rol van informele zorgverleners. Een eerste verkenning informele zorg en zorginkoop in de verschillende domeinen (Wmo, Wlz en Zvw) komt medio 2016 gereed. Hierin staan diverse concrete aanbevelingen en voorbeelden. | Mezzo, V&VN, Actiz, NPCF, VNG, Iederin. |
| Zorginkoop langdurige zorg | Verbeteren inkoopfunctie & -samenwerking | Er is een seminar gehouden over verbeteren van inkoopfunctie. Verslag en aanbevelingen staan op de websites van «Invoorzorg» en «Aanpak verspilling». | In voorzorg. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | GGZ Nederland heeft in 2015 het rapport «Inkoopbesparing en inkoopsamenwerking» gepubliceerd. De aanbevelingen zijn in juni 2015 besproken met GGZ Nederland, ActiZ en VGN. In 2016 start GGZ Nederland met een expertisecentrum Inkoop en inkoopdoorlichtingen bij zorginstellingen in de care-sector. | GGZ Nederland, zorginstellingen. |
| Slim zorgen | Slimmere inzet van technologie | Inventarisatie door werkgroep liet zien dat meerdere partijen al actief zijn met nieuwe initiatieven om slimmer gebruik te maken van technologie. De NPCF heeft het thema opgepakt via de website digitalezorggids.nl en via het werken aan een persoonlijk gezondheidsdossier. | NPCF e.a. |
| | Project 'Slim zorgen' | Vanuit dit project zijn een overzicht met twaalf onnodige zorghandelingen en een tien stappenplan gebundeld in een pakket. Hiermee kunnen zorgmedewerkers samen met de cliënt bepalen welke zorg het beste bij hem past en wordt tijd bespaard. | Vilans. |
| Voeding | Minder voedselverspilling in instellingen | Diverse instellingen in Friesland hebben samen met de Stichting Diverzio voedselverspilling weten terug te dringen, in sommige gevallen van rond de 35 procent naar 10 procent. Halverwege 2016 starten in de rest van het land master classes met ruim 150 instellingen in de langdurige zorg om hen te helpen bij het terugdringen van de voedselverspilling. | Universiteit Wageningen, Stichting Diverzio. |
| Doelmatige diagnostiek | Visievorming diagnostiek | In 2014 is een onderzoek gedaan naar de doelmatigheid van (tweedelijns) diagnostiek. Dit onderzoek liet zien dat juiste diagnostiek van groot belang is voor de medische besluitvorming over de te volgen behandeling. In juni 2015 is een traject gestart om met partijen te komen tot een integrale visie op diagnostiek in de eerste en tweede lijn. Doelmatigheid, het voorkomen van onder-, over-, en dubbeldiagnostiek, is een belangrijk element hiervan.<br>Het vergroten van de doelmatigheid van de diagnostiek leeft erg in het veld. Zo is binnen het VUMC en UMCU een project gestart ('improving diagnostic test utilization') gericht op de doelmatigheid van diagnostiek in de interne geneeskunde (onder- en overgebruik), de bepalende factoren voor ondoelmatig testen, en de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van instrumenten en methoden om de doelmatigheid te vergroten. De kracht van het project is dat het vanuit de werkvloer wordt gecoördineerd, en dat artsen zelf kijken hoe zij overbodige diagnostiek kunnen verminderen. | NVMM, NVKC, SAN, LHV, NHG, NVZ, Ineen, NFU en ZN. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Doelmatige overdracht | Transfer interventie procedure (TIP)<br><br>**pilot** | Het doel van dit project is een doelmatige overdracht te implementeren die resulteert in het binnen 24 uur na ontslag verzenden van de benodigde informatie naar de opvolgende zorgverlener(s), een goed geïnformeerde patiënt en het verminderen van heropnames als gevolg van een onvolledige overdracht. Een secundaire doelstelling is om te kijken of door het implementeren van een doelmatige overdrachtsprocedure ook de ligduur verminderd kan worden.<br>Op 11 februari 2016 vond een kick-off plaats. De pilot wordt uitgevoerd in de periode februari-november 2016. In een korte animatie wordt de pilot toegelicht. | AMC, Reinier de Graaf, Máxima Medisch Centrum, Havenziekenhuis – Rotterdam, Lange Land ziekenhuis – Zoetermeer, OLVG, Gelre Ziekenhuizen, Catharina Ziekenhuis, V&VN en IGZ. |
| Gedeelde besluit-vorming | Time-out en gedeelde besluitvorming bij mensen met borstkanker<br><br>**pilot** | In maart 2016 is de pilot rond het time-out consult (ook wel diagnose-consult genoemd) bij borstkankerpatiënten in de regio Utrecht gestart. Doel van de pilot is meer bedenktijd en betere toepassing van gedeelde besluitvorming voor mensen met borstkanker, wat moet leiden tot meer betrokkenheid in besluitvorming en op maat keuzes van mensen met borstkanker. Ook wordt naar samenwerking en afstemming tussen ziekenhuizen gekeken. Daarmee wordt gestreefd naar gepastere zorgverlening en terugdringing van verspilling. De pilot start in de regio Utrecht en zal in 2017 bij goede resultaten ook worden uitgevoerd in de regio boven Amsterdam. De pilot duurt in totaal twee jaar. Bij positieve uitkomsten van de pilot wordt ingezet op landelijke uitrol van de time out en gedeelde besluitvorming. | Onder meer:<br>Levenmetkanker, Borstkanker Vereniging Nederland (BVN), Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG), UMC Utrecht, Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, Diakonessenhuis, Ter Gooi Ziekenhuis, Rivierenland Ziekenhuis Tiel, Zilveren Kruis Achmea, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG). |
| Kosten-bewustzijn | Kostenbewust-zijn in leerplan zorgprofessionals | Vanaf eind 2015 tot en met 2018 verstrekt VWS een projectsubsidie om kostenbewustzijn te verankeren in alle vervolgopleidingen voor geneeskundig specialisten/profielartsen.<br>Doel van het project is om alle vervolgopleidingen te laten beschikken over een arsenaal van beproefde methoden voor het aanleren van kosteneffectief kwaliteit leveren. Bedoeling is (ook) verankering in CSG-regelgeving en opleidingsplannen dat professionals die worden opgeleid tot geneeskundig specialist of profielarts bewust leren kiezen voor hoogwaardige en kosteneffectieve zorg. | CSG, FB, KNMG, STZ, NFU, NVZ, Actiz, GGZ NL, FMS, RGS, LHV, NHG, NVVG, NVAB, KAMG, ZN. |
| | Online module betaalbare zorg | Sinds mei 2016 een online module betaalbare zorg beschikbaar voor medisch specialisten en aios, «Betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. De rol van de medisch specialist in het zorgstelsel». De module helpt de medisch specialist beter de relatie te leggen tussen kwaliteit en kosten van zorg. | Celsus Academie, Elevate Health en de Academie voor Medisch Specialisten. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gepaste zorg door afspraken in de zorgketen | Samenwerking in de keten | De Federatie van Medisch Coördinerende Centra (FMCC) bevordert het maken van concrete afspraken in de zorgketen (m.n. tussen eerste lijn en ziekenhuizen). Samen met MCC Omnes is op 19 mei 2016 een werkbezoek georganiseerd om deze vorm van samenwerking onder de aandacht te brengen. | FMCC, FMS, LHV. |
| Proces-optimalisatie | Lean management in de curatieve zorg | In oktober 2011 is Stichting Lean in de zorg (Lidz) opgericht. De Stichting verzorgt een kennisnetwerk van en voor zorgorganisaties die Lean principes toepassen om de zorg in Nederland dagelijks te verbeteren. Veel instellingen, zowel in de curatieve als in de langdurige zorg, hebben zich al bij deze Stichting aangesloten om het onderwerp lean in de eigen organisatie toe te kunnen passen en te kunnen leren van anderen. | Lidz |
| Gepast gebruik spoed-eisende hulp | Gepast gebruik SEH | InEen heeft binnen het project 'Keten acute zorg' gekeken naar samenwerking tussen HAP en SEH met als doel het stimuleren van doelmatige samenwerking tussen HAP en SEH, alsmede tussen HAP en andere ketenpartners in de acute zorg. Dit project is klaar en de resultaten zijn gepubliceerd op InEen's website. Hierop staan nu uitkomsten van de interviews, best practices, en handreikingen voor samenwerkingsafspraken. Daarnaast wijst VWS in haar publiekscampagne 'Meer weten over zorg'(die sinds november 2015 loopt), op gepast gebruik van de SEH. Dit onder andere met een banner, radiospot en online video die verwijzen naar de site meerwetenoverzorg.nl | InEen, bijna alle Nederlandse HAP's, deelnemende SEH's. |